

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

326

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par BOUDOU, JEAN

NÉ A SAINT-CIRGUES (LOT) le 3 Novembre 1891

Contribution à l'Etude des Angines Aiguës chez l'Adulte

Président : M. LETULLE, Professeur

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1920

326

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par BOUDOU, JEAN

NÉ A SAINT-CIRGUES (LOT) le 3 Novembre 1891

Contribution à l'Etude des Angines Aiguës chez l'Adulte



Président : M. LETULLE, Professeur

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs.....

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....
Clinique médicale.....
Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.. ..
Clinique chirurgicale.....
Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
DESGREZ.
BESANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ
VAQUEZ.
GOSSET.
LETULLE.
PRENANT.
DUVAL.
POUCHET.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
{ ACHARD.
{ WIDAL.
{ GILBERT.
{ CHAUFFARD.
MARFAN.
HUTINEL.
DUPRE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
{ DELBET.
{ QUENU.
{ LEJARS.
{ HARTMANN.
{ DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
{ BAR.
{ COUVELAIRE.
{ BRINDEAU.
J. L. FAURE.
Auguste BROCA.
Albert ROBIN.
Pierre SEBILEAU.

Agrégés en exercice :

MM.			
ALGLAVE.	GUILLAIN.	LÉPER	ROUSSY
BRANCA.	LABBÉ, HENRI	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS.	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE.	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY.	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU.	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST.	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT.	LEQUEUX	RETERER	VILLARET
GREGOIRE.	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT.	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

M. LE DOCTEUR DECLoux, MÉDECIN DES HOPITAUX (*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR BECLERE, MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE.

M. LE DOCTEUR SIREDEY, MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE.

M. LE DOCTEUR AUCLAIR, MÉDECIN DE L'HOPITAL DU BASTION 29.

M. LE DOCTEUR MONNIER-VINARD, MÉDECIN DES HOPITAUX.

M. LE DOCTEUR LABEY, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN.

M. LE DOCTEUR MAUCLAIRE, PROFESSEUR AGRÉGÉ, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA Pitié.

M. LE DOCTEUR MACÉ, ACCOUCHEUR DE L'HOTEL-DIEU.

M. LE DOCTEUR MONTHUS, OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL DE LA Pitié.

M. LE DOCTEUR PAUL DESCOMPS, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

M. PASCAL DUBOIS, PROFESSEUR A L'ECOLE DENTAIRE.

M. LE DOCTEUR RENÉ LEMAUX, INTERNE DES HOPITAUX.

INTRODUCTION

La question de la classification des angines aiguës, non plus que celle de leur diagnostic clinique et bactériologique ne sont nouvelles. Nous n'avons pas la prétention de les rénover, cependant nous voulons essayer d'apporter une contribution à leur étude en condensant dans ce travail une série d'observations surtout cliniques, qui sont le résultat de faits recueillis dans un service dit de diphtérie des Hôpitaux de Paris (1). Ce service est, en réalité, un service d'angines aiguës, parmi lesquelles les cas de diphtérie ne constituent qu'un pourcentage variable, qui oscille suivant la période considérée entre 1/10 et 5/10 des cas ; cette dernière proportion constitue le maximum de fréquence de la diphtérie parmi les malades admis dans le service. considéré, maximum qui est d'ailleurs exceptionnellement atteint. Nos observations ne portent que sur des malades adultes et en dehors de toute fièvre éruptive.

Les auteurs qui se sont attachés à l'étude des angines aiguës sont unanimes à reconnaître l'impossibilité à peu près absolue qu'il y a à superposer une classification bactériologique à la classification clinique. Il n'en reste pas moins, à notre avis, que les symptômes objectifs tirés de l'examen du pharynx : présence ou absence

(1) Service de la Diphtérie (Docteur Auclair). Hôpital du Bastion 29

d'un exudat et les caractères de celui-ci, pultacé ou membraneux, doivent servir de base à toute classification des angines et que les résultats de l'examen bactériologique ne peuvent que venir compléter ou préciser les données fournies par la clinique. Vouloir établir une classification uniquement bactériologique des angines nous paraît aussi illusoire que de vouloir faire une classification uniquement clinique ; il ne saurait y avoir deux classifications distinctes. L'existence d'angines rouges à bacilles de Löffler nous paraît, en particulier, un fait bien paradoxal et nous nous sommes demandé quelle pouvait être l'évolution de telles angines non traitées par la sérothérapie. Dans ce cas, de deux choses l'une : ou bien l'angine, rouge dans une première phase, aboutit à une deuxième phase de réaction pseudo-membraneuse et l'angine lofflérienne reste caractérisée par sa réaction exudative pseudo-membraneuse ; ou bien l'angine reste rouge et guérit plus ou moins rapidement, et alors nous ne croyons pas qu'on puisse porter le diagnostic d'angine diphthérique, nous estimons qu'il s'agit d'angine simple chez un porteur de germes. En effet, les porteurs de germes, lorsqu'on les recherche systématiquement dans une agglomération quelconque, ne sont pas exceptionnels, et nous rappelons à ce propos le pourcentage de 3,50 pour 100 trouvé à Baltimore par des auteurs américains (1).

Laissant de côté les angines simples dont l'étude présente un minimum d'intérêt, nous nous proposons de passer en revue successivement les amygdalites pulta-

(1) XVII^{me} Congrès International de Sciences Médicales. Londres 1913.

cées, les angines à fausses membranes, l'angine de Vincent, l'angine phlegmoneuse, l'angine herpétique, en notant pour chacune de ces affections les particularités cliniques ou bactériologiques que nous avons pu observer et en faisant suivre chaque chapitre de quelques observations originales, choisies parmi celles qui nous ont paru le plus susceptible d'illustrer ce travail.

AMYGDALITE PULTACÉE

Les traités classiques décrivent une infinie variété d'amygdalites et d'angines blanches non pseudo-membraneuses. Ces différentes variétés : pultacée, lacunaire, cryptique, etc..., représentent en réalité différents aspects de la réaction inflammatoire des amygdales et il nous semble superflu de retenir comme autant d'entités nosologiques, ces différents aspects objectifs, qui ne répondent le plus souvent qu'à des phases transitoires diverses de la réaction exudative du tissu amygdalien. Le fait clinique dominant et qui n'est pas absolument classique, c'est la localisation de la réaction pultacée qui ne manifeste jamais aucune tendance à franchir les limites de la loge amygdalienne. La structure du tissu amygdalien conditionne un mode réactionnel inflammatoire spécial dont la résultante est la production d'un exudat pultacé. Le corollaire logique, de ce fait, c'est la rareté exceptionnelle de l'angine dite pultacée, et nous abordons ici une notion qui nous paraît essentielle dans l'histoire des affections inflammatoires aiguës du pharynx et qui, pour banale qu'elle soit, ne nous paraît pas suffisamment mise en vedette dans les ouvrages classiques. L'un des diagnostics qui se pose, en effet, le plus souvent dans la pratique courante et qui constitue un diagnostic d'urgence est celui-ci : a-t-on affaire à une amygdalite pultacée ou à une angine pseudo-membraneuse débutante ? Nous insistons sur les termes d'amygdalite et d'angine que nous employons à dessein, en les opposant l'un à l'autre, et nous nous élevons

contre l'erreur qui consiste à les considérer comme synonymes et à les employer indifféremment. Nous estimons que l'amygdalite à fausses membranes est presque aussi rare dans la pratique que l'angine pultacée ; l'affection qu'on décrit sous ce nom n'est, en effet, dans la majorité des cas, qu'une amygdalite ; elle ne mérite pas le nom d'angine, puisqu'elle ne dépasse pas les limites de la fosse amygdalienne, et le terme d'angine pultacée devrait être rayé du tableau récapitulatif des angines aiguës.

Les caractères physiques et chimiques de l'exudat pultacé sont trop classiques pour que nous voulions y insister un seul instant et, dans la majorité des cas, le diagnostic de l'amygdalite pultacée est élémentaire. Assez fréquemment, cependant, l'exudat pultacé peut devenir confluent au point de simuler, pour un œil non exercé, une fausse membrane. Mais, en dehors des réactions physico-chimiques, de la localisation, de l'absence de toute tendance à l'extension et aussi de la symétrie si souvent rigoureuse des lésions, qui ne constitue pas, à notre avis, le moins important des caractères objectifs de cette amygdalite pultacée confluyente, le diagnostic est le plus souvent possible, même avant tout examen bactériologique. L'exudat pultacé confluent diffère de l'exudat pseudo-membraneux par l'inégalité de sa surface, par son aspect sablé où de crépit, il apparaît comme formé de grains confluentes d'inégale grosseur, ce qui l'oppose précisément à l'aspect uniforme, verni, laqué, de ce dernier.

La configuration si variable de l'amygdale chez

l'adulte, ses différentes variétés d'aspect (amygdale pédiculée, sessile, enchatonnée, plongeante, lobée) ont pour conséquence des aspects objectifs non moins variés des amygdalites aiguës, et l'on peut dire qu'il y a autant de modalités cliniques d'amygdalites qu'il y a de modalités physiques d'aspects d'amygdales.

La réaction pultacée d'une amygdale profondément enchatonnée ou plongeante peut en imposer pour une angine de Vincent. Mais, dans ces cas, la bilatéralité presque constante des lésions, les caractères de l'exudat, l'absence d'ulcération véritable orienteront le diagnostic que viendront fixer l'évolution et l'examen bactériologique. L'aspect profondément lobé de certaines amygdales peut aussi faire croire, lorsqu'elles sont le siège de lésions inflammatoires, à des lésions ulcéreuses qui ne sont qu'apparentes.

Les signes généraux et fonctionnels sont généralement beaucoup plus marqués que dans l'angine diphtérique. Le début est plus bruyant, la température plus élevée, la dysphagie plus considérable. La fièvre, en particulier, a son importance et, dans les cas douteux, une température au-dessus de 39°, plaide fortement contre la diphtérie. L'évolution, elle aussi, est caractéristique, sous l'influence du traitement local l'affection cède en quelques jours.

OBSERVATION I

Amygdalite pultacée confluente.

B..., Octave, 23 ans, entre à l'hôpital le 28 septembre 1919.

Il est malade depuis deux jours, l'affection a débuté brusquement dans la nuit, au retour d'un voyage, par de la fièvre

accompagnée d'une dysphagie légère; le lendemain, les signes fonctionnels, douleur et dysphagie, se sont accentués.

A l'entrée, la température est de 39°. A l'examen, on constate que les deux amygdales sont envahies par un exudat pultacé confluent qui recouvre la totalité de leur surface et les masque complètement.

Cet exudat est strictement limité de chaque côté à la fosse amygdalienne, sans envahir la surface des piliers. Sa coloration est blanc jaunâtre, sa surface granitée, inégale; les fosses amygdaliennes étant assez évasées et l'amygdale peu saillante, l'exudat recouvre une surface plane assez régulièrement arrondie et nettement limitée du diamètre d'une pièce de un franc environ; la muqueuse voisine étant le siège de lésions inflammatoires assez marquées, il paraît comme enchatonné, d'où un aspect légèrement chancreux. Cet exudat se détache facilement, prend au râclage un aspect grumeleux et se dissocie dans l'eau; la muqueuse sous-jacente n'est pas ulcérée.

L'examen extemporané des frottis pratiqué avec l'exudat ne révèle la présence ni de B. de Löffler, ni de fuso-spirilles.

Le malade ne reçoit pas de sérum.

Le lendemain, la culture est restée négative. La surface des amygdales se déterge lentement, la température descend rapidement en lysis, la guérison est obtenue en quelques jours.

OBSERVATION II

Amygdalite chez un sujet porteur d'amygdales enchatonnées.

M. B..., 22 ans, mécanicien, entre à l'hôpital le 23 janvier 1920.

Le début de sa maladie remonte à deux jours et a été assez insidieux, avec dysphagie, douleur et fièvre.

A l'entrée, la température est de 40° et le malade accuse de

la courbature, un état de malaise général et des signes fonctionnels locaux assez intenses. A l'examen, on constate une rougeur inflammatoire diffuse et marquée de tout le pharynx, sur laquelle un exudat confluent, blanc jaunâtre, bilatéral, mais limité à une étroite bande verticale, et qui paraît conditionné de chaque côté par une ulcération rectiligne étroite siégeant sur les amygdales.

En réalité, un examen plus attentif montre qu'il s'agit, chez ce malade, d'une disposition anatomique particulière et que ce qui a pu en imposer à première vue pour une ulcération, n'est, en réalité, que l'ouverture de la fosse amygdalienne; dans les jours qui suivront, lorsque l'exudat aura disparu, la disposition de celle-ci deviendra nettement apparente. La fosse amygdalienne à droite comme à gauche est très étroite, son ouverture est presque linéaire, les piliers antérieurs et postérieurs de chaque côté venant presque jusqu'au contact l'un de l'autre, masquant complètement l'amygdale qui est enfouie dans les profondeurs de sa loge et ne devient visible que dans les efforts de phonation d'un son grave.

La culture et l'examen bactériologique ne montrent pas de B. de Löffler. Il s'agissait donc bien, chez ce malade, d'une simple amygdalite pultacée.

Sous l'influence de lavage à l'eau oxygénée et de collutoires iodés, on voit en quelques jours la température descendre progressivement à 37° et l'exudat disparaître rapidement.

ANGINES À FAUSSES MEMBRANES

L'angine à fausses membranes revêt dans la majorité des cas, chez l'adulte, une physionomie clinique tellement nette, qu'on s'explique mal les erreurs cliniques souvent grossières commises par nombre de médecins.

Les caractères classiques de la fausse membrane, sa consistance, son adhérence, la rapidité de sa reproduction sont le plus souvent très nets. Sa localisation et son extension constituent peut-être le phénomène objectif qui acquiert le plus de valeur : lorsqu'un exudat envahit les piliers, surtout lorsqu'il envahit le bord postérieur du voile et la base de la luette sur ses faces latérales, *a fortiori*, lorsqu'il envahit le voile lui-même, qu'il engaine complètement la luette, qu'il atteint la paroi postérieure du pharynx où il prend fréquemment l'aspect de coulées verticales, lorsqu'il déborde enfin dans la cavité buccale, le diagnostic s'impose.

Le clinicien ne peut hésiter dans ces cas extrêmes de fausses membranes envahissantes. Mais le diagnostic se pose très souvent dans la pratique entre une angine pseudo-membraneuse débutante et une amygdalite purulente confluente. La moindre extension de l'exudat en dehors de l'aire amygdalienne, son aspect de vernis ou de membrane devront faire suspecter la diphtérie qui reste la cause de beaucoup la plus fréquente des angines à fausses membranes. La fausse membrane débutante est souvent unilatérale ou bien, si son extension est déjà plus considérable et si elle a franchi la ligne médiane, elle est le plus souvent asymétrique et prédo-

mine d'un côté, alors que du côté opposé il n'existe que quelques îlots aberrants. Elle est aussi exceptionnellement à localisation amygdalienne exclusive, au contraire de l'amygdalite pultacée confluyente. Ce n'est que bien rarement, surtout dans la pratique hospitalière, qu'il est donné au médecin d'assister à l'extrême début de l'angine diphtérique et de la voir évoluer dès les premières heures ; le diagnostic à cette période est évidemment plus délicat, mais, dans de telles conditions, l'urgence n'est pas absolue et de tels cas doivent être soumis à une surveillance rigoureuse et au contrôle bactériologique.

Le diagnostic clinique de la diphtérie sera facilité et complété par la recherche de la réaction ganglionnaire, dont l'importance est capitale, et aussi par l'examen de la courbe thermique dont l'intérêt bien que secondaire n'en demeure pas moins : il est rare que dans l'angine diphtérique la température atteigne 39° , tout à fait exceptionnel qu'elle atteigne 40° ; l'apyrexie presque absolue n'est pas rare. Les signes fonctionnels sont souvent au minimum dans la diphtérie au contraire de ce que l'on observe dans les autres variétés d'angines aiguës ; l'insidiosité du début, son indolence, ce sont là tous symptômes classiques.

Les fausses membranes diphtériques peuvent présenter, dans un certain cas, un aspect un peu particulier ; ou bien, ce qui est rare, elles gardent l'aspect d'un vernis mince et translucide, elles n'ont pas de tendance à l'extension et il s'agit de formes peu graves ; ou bien, plus fréquemment, lorsque la sérothérapie a été tardive, elles sont exubérantes, épaisses, stratifiées, prennent l'aspect de couennes lardacées à surface chagrinée, à

bords eversés ; il s'agit alors de formes plus sévères et telles que nous ne sommes plus guère habitués à en observer.

En dehors de la forme moyenne, il est classique de décrire à l'angine diphtérique une forme maligne ou strepto-diphtérie et une forme toxique. Cette division, bien que ne correspondant pas toujours à la réalité des faits, reste commode ; ces formes, dont la description est tout à fait classique, sont d'ailleurs rares.

La strepto-diphtérie, en particulier, est peu fréquente en tant qu'angine primitive. Elle revêt des caractères locaux particuliers, mais ceux-ci n'apparaissent pas toujours d'emblée ; les fausses membranes prennent un aspect gris noirâtre, elles sont très envahissantes, tapissent tout le pharynx, la cavité buccale et l'arbre trachéo-bronchique. Les fosses nasales donnent du jetage d'autant plus caractéristique qu'il est très rare chez l'adulte dans la diphtérie pure. Les tendances hémorragiques, l'aspect proconsulaire du cou, l'existence de signes fonctionnels et généraux graves complètent le tableau clinique.

La forme toxique est moins rare, en particulier à l'hôpital, où son éclosion nous paraît surtout provoquée par les conditions de milieu. Elle se manifeste, en effet, surtout dans les milieux misérables et chez les individus qui s'observent et se soignent peu. Elle reconnaît pour cause la plus fréquente le retard ou l'insuffisance de la sérothérapie et nous la voyons apparaître chez ces malades qui entrent à l'hôpital avec une diphtérie déjà envahissante, évoluant depuis plusieurs jours à une semaine et qui n'ont pas reçu de sérum.

Le syndrome secondaire, décrit par M. le Professeur

Marfan, n'est pas le seul observé et il existe aussi un syndrome grave précoce qui apparaît du 3^e au 5^e jour et que caractérisent : la pâleur, les vomissements; la paralysie précoce du voile, les modifications du pouls et des bruits du cœur, l'existence d'une albuminurie abondante. Ce syndrome n'est d'ailleurs pas très différent du syndrome secondaire.

Les paralysies du voile sont très fréquentes chez l'adulte, on les observe dans près de la moitié des cas. En dehors de celles qui font partie du syndrome malin précoce, elles apparaissent au début de la convalescence, c'est-à-dire du 10^e au 15^e jour. Contrairement à l'opinion classique, la sérothérapie nous a paru sans influence sur leur évolution. Elles guérissent spontanément. Leur apparition ne paraît pas absolument liée à la gravité de l'angine diphtérique ; elle ne serait peut-être pas toutefois indépendante de la précocité de la sérothérapie, et nous accordons à celle-ci une valeur préventive, sinon curative. L'apparition tardive d'une paralysie vélo-palatine permet parfois de faire le diagnostic rétrospectif d'une diphtérie méconnue. Les paralysies de l'accommodation sont les plus fréquentes ensuite, celle des muscles du groupe antéro-externe de la jambe est rare, nous ne l'avons presque jamais observée.

Toute angine diphtérique chez l'adulte sera traitée par des injections quotidiennes de 100 à 120 centimètres cubes de sérum. La dose totale de 400 à 500 centimètres cubes dans les diphtéries de moyenne gravité nous paraît être nécessaire pour obtenir un nettoyage complet de la gorge, et cette dose ne met pas toujours le malade à l'abri des accidents secondaires. Les doses

de 60 à 80 centimètres cubes ne sont admissibles que dans les formes légères, à fausses membranes très localisées et nous tenons pour douteuses les angines considérées comme diphtériques, lorsqu'il n'existe pas une preuve bactériologique indiscutable de leur nature löfflerienne, et qui tournent court au bout de 24 heures après une seule injection de sérum.

Le médecin ne doit pas être retenu par la crainte des accidents sériques qui n'ont jamais de gravité ; nous estimons d'ailleurs que la répétition des doses, plus peut-être que leur masse, influe sur l'apparition de ces accidents ; l'emploi de doses massives paraît donc la meilleure technique à leur opposer. Le médecin ne doit pas non plus redouter les accidents dits anaphylactiques dont l'existence n'est pas démontrée et qui, pour beaucoup d'auteurs, ne seraient que la résultante d'une idiosyncrasie.

La méthode intraveineuse sera utilisée avec profit, au moins pour la première injection, dans les cas de diphtérie grave ou ancienne non traitée ; on ne dépassera pas les doses de 40 à 60 centimètres cubes de sérum. Lorsque les accidents sériques apparaissent précocement et que l'état local ou général du sujet commande encore la sérothérapie, ceux-ci ne seront pas une contre-indication. Dans les cas contraires, le sérum pourra être utilisé localement en badigeonnages ou sous forme de pastilles de sérum desséché ; de même chez les porteurs de germes.

Le diagnostic bactériologique des angines à fausses membranes est aujourd'hui entré dans la pratique courante. C'est un moyen souvent indispensable, précieux dans tous les cas et qui doit toujours contrôler les don-

nées de la clinique. L'importance du prélèvement est considérable ; dans un certain nombre de cas, la culture reste négative, parce que le prélèvement a été fait hâtivement ou dans des conditions défavorables. Il est bon, particulier, dans les formes malignes, d'ensemencer successivement trois tubes numérotés et sans recharger la spatule pour essayer les microbes d'infection surajoutée qui pullulent. La culture seule donne des renseignements précis, mais telle qu'elle est communément pratiquée, elle constitue un procédé trop peu rigoureux. Les caractères macroscopiques des colonies sur sérum ne sont pas à négliger et l'étude de la morphologie microscopique des bacilles, sans avoir une valeur absolue, est capable de fournir de précieuses indications. On distingue classiquement trois sortes de bacilles diphtériques : longues, moyennes et courtes, mais la malignité de la maladie se juge davantage aux signes cliniques qu'à la longueur des bacilles. Il est plus important de différencier la bacille diphtérique vrai, qui peut se présenter sous des formes plus ou moins virulentes et même avirulentes (la virulence n'étant fonction absolue de la longueur du corps bacillaire) des bacilles diphtérimorphes ou pseudo-diphtériques et en particulier du bacille de Hoffmann.

MM. Costa, Troissier et Dauvergne emploient un procédé de différenciation qu'ils considèrent comme rigoureux. Ils utilisent un milieu spécial glucosé tournesolé sur lequel le B. diphtérique donne des colonies rouges, parfaitement circulaires et ombiliquées. Pour l'identification de ce bacille, MM. Letulle et Debré insistent sur la valeur des granulations polaires de Babès, qu'il est facile de mettre en évidence par un procédé de double

coloration. Il nous a été fréquemment donné de rencontrer, dans des cas de diphtérie cliniquement indiscutables, des bacilles ayant les réactions biologiques du B. de Löffler, gardant le Gram, mais se décolorant presque complètement par l'acétone et qui présentaient cet autre caractère d'être uniformément granuleux, les granulations étant réparties sur toute la longueur du corps bacillaire.

Les recherches bactériologiques ont eu pour résultat de mettre en évidence l'existence des angines à fausses membranes non löfflériennes ; mais si leur existence est établie, leur histoire clinique reste encore bien incomplète. La plus fréquente serait l'angine pseudo-membraneuse à streptocoques qui se caractériserait cliniquement par l'aspect jaunâtre des fausses membranes, par leur reproduction *in situ* sans tendance à l'extension, par l'échec de la sérothérapie anti-löfflérienne, la faible atteinte de l'état général, leur lente évolution après un début parfois bruyant et leur pronostic peu grave.

Les autres angines à fausses membranes sont encore plus rarement observées et leur pronostic serait tout à fait bénin.

OBSERVATION III

Angine diphtérique ; Syndrome malin précoce.

M^{lle} D. . Marie, 23 ans, entre à l'hôpital le 20 février 1920 ; elle est atteinte d'angine et se déclare malade depuis deux jours seulement.

A l'examen, on constate que l'isthme du gosier et ce qu'on peut apercevoir du pharynx sont complètement envahis par des fausses membranes gris sale, molles, se détachant assez facilement ;

la muqueuse sous-jacente est œdématiée et saigne facilement. Il existe une volumineuse adénite angulo-maxillaire unilatérale avec périadénite. La dysphagie et la dyspnée sont considérables. La température est à 38°6, le pouls à 110 bien frappé. L'état général est bon.

La malade reçoit, dans les 24 premières heures, 180 centimètres cubes de sérum, dont 60 en injection intraveineuse.

La culture est positive et montre du B. de Löffler pur.

Les 2^e et 3^e jours, amélioration de l'état local, les fausses membranes se ramollissent et tendent à se déterger; la température tombe à 38° le 2^e jour, à 37°4 le soir du 3^e jour.

La malade reçoit chaque jour 120 centimètres cubes de sérum en injection sous-cutanée.

Le 4^e jour, la température remonte à 38°4 le matin, 38°7 le soir; le pouls s'accélère considérablement, battant à 140, il est petit et mou; la malade est pâle; l'état local est peu modifié, mais une hémorragie en nappe du pharynx se produit.

Le 5^e jour, T = 39°8; pouls filant incomptable; l'hémorragie persiste et la mort survient dans le collapsus.

OBSERVATION IV

Angine diphtérique avec fausses membranes exubérantes.

M^{lle} S..., Marie-Louise. 20 ans, entre à l'hôpital le 6 décembre 1919 pour angine. Le début remonte à 5 jours; à l'examen, on constate l'existence d'une fausse membrane nette recouvrant l'amygdale gauche, le pilier antérieur et la partie adjacente du voile; cette fausse membrane est très épaisse (son épaisseur atteint 4 à 5 millimètres), elle est d'un aspect blanc parcheminé et extrêmement adhérente; elle n'est pas enclavée dans la muqueuse, mais la surplombe par son bord libre.

L'adénopathie est peu marquée; les signes fonctionnels au minimum; la malade accuse seulement une otalgie gauche qui persistera pendant plusieurs jours. La température est de 38°; l'état général est bon. Albuminurie nette. Culture positive.

La malade reçoit, en 6 jours, 420 centimètres cubes de sérum anti-diphtérique en injections sous-cutanées.

Les fausses membranes persistent avec leur aspect particulier et sans tendance à la régression pendant une semaine environ, la T° se maintient aux environs de 38°, puis les fausses membranes régressent lentement; à partir du 12^e jour, la température se rapproche de la normale.

La convalescence dure un mois, la malade présente dans le cours de celle-ci quelques phénomènes myocardiques avec accélération du pouls, quelques intermittences, des tendances syncopales, mais sur terrain névropathique. Ces phénomènes sont d'ailleurs passagers. A signaler encore une paralysie du voile qui se prolonge pendant 3 semaines environ.

OBSERVATION V

Angine diphtérique à fausses membranes d'aspect parcheminé.

H..., Charles, 18 ans, entre à l'hôpital le 15 septembre 1919. Le début de la maladie remonte à deux jours et s'est accompagné de douleur et de dysphagie assez marquées. La T° est de 38°3, on constate l'existence d'une fausse membrane épaisse, d'aspect parcheminé (rappelant l'aspect que nous avons décrit dans l'observation précédente, mais un peu moins exubérante) recouvrant l'amygdale gauche, le pilier antérieur du même côté, la moitié gauche du voile membraneux et atteignant également la luette.

Le malade est un peu prostré, le facies est légèrement plombé,

il y a de l'albumine. On pratique une injection sous-cutanée quotidienne de 60 centimètres cubes de sérum.

Le 5^e jour, la fausse membrane ne constitue plus qu'un vernis très mince sans épaisseur. A ce moment, apparition des signes fonctionnels d'une paralysie vélopalatine.

Le 23 septembre, apparition d'accidents sériques, fièvre, éruption ortiée, arthralgies qui persistent pendant 3 jours. Guérison.

OBSERVATION VI

Angine diphtérique; résolution très lente des fausses membranes.

M. A..., 30 ans, bijoutier, entre à l'hôpital le 15 janvier 1920. Il est malade depuis 15 jours; les symptômes du début ont été ceux d'une angine banale qui a traîné pendant deux semaines; ce n'est qu'au bout de ce temps que le diagnostic de diphtérie a été posé. A l'entrée, fausses membranes blanc jaunâtre formant un vernis uniforme qui tapisse les deux amygdales, les piliers, la luette, le voile et envahit le fond du pharynx. La température est de 39°, l'état général est bon, l'adénopathie modérée. La culture positive.

Ce malade reçoit 120 centimètres cubes de sérum par jour pendant 7 jours; les fausses membranes deviennent peu à peu moins consistantes et se détergent lentement. Au bout de ce temps, apparition d'accidents sériques, éruption, arthralgies qui se prolongent pendant plusieurs jours. A ce moment, les fausses membranes tapissent encore les deux piliers antérieurs et le bord postérieur du voile. Le malade sort, sur sa demande, le 21 février, c'est-à-dire plus d'un mois après son entrée, alors que quelques fausses membranes sont encore visibles sur le pilier antérieur droit.

OBSERVATION VII

Angine diphthérique à fausse membrane très localisée et long-temps persistante.

M. D..., employé de commerce, entre à l'hôpital en février 1920; il souffre de la gorge depuis une semaine; début par des signes fonctionnels modérés, sans fièvre, mais avec une adénopathie bilatérale considérable. Le 4^e jour, il se présente à la consultation de l'hôpital Laënnec, où on diagnostique une amygdalite pultacée.

Ce malade continue à se soigner chez lui, la dysphagie persiste assez marquée, mais l'adénopathie diminue considérablement, toujours pas de fièvre. Le 7^e jour, on procède à un examen bactériologique qui est positif et le malade entre à l'hôpital.

À l'entrée, on constate l'existence d'une fausse membrane très localisée, dissimulée dans le sillon azygo-palatin du côté droit, et qui devient visible seulement dans les efforts de phonation, pas de fièvre. Le malade reçoit en 6 jours 320 centimètres cubes de sérum. Après ce temps, apparition d'accidents sériques discrets qui guérissent en 4 jours. La fausse membrane ne cède que très lentement et met près de 15 jours à se résorber complètement.

OBSERVATION VIII

Angine diphthérique presque localisée aux amygdales.

M^{lle} D..., Marie-Louise, 16 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital le 2 février 1920. La maladie a débuté la veille par une angine avec fièvre.

À l'entrée, on constate une angine pseudo-membraneuse : à droite, îlots assez limités, disséminés sur la surface de l'amygdale; à gauche, fausse membrane uniforme recouvrant la plus

grande partie de l'amygdale et envahissant un peu le pilier antérieur. Température 37°; adénopathie légère. Un frottis est négatif. La malaede reçoit néanmoins 40 centimètres cubes de sérum. Le lendemain, l'état local est le même; la température reste à 37°, mais les résultats de la culture pratiquée la veille sont positifs. La malade reçoit 100 centimètres cubes de sérum.

Le 3^e jour, on constate une régression très nette de l'exudat qui s'accuse les jours suivants. La guérison est rapide.

OBSERVATION IX

Angine diphtérique localisée à peu près exclusivement aux amygdales.

S..., Emile, 61 ans, comptable, entre à l'hôpital le 20 février 1920.

Il souffre de la gorge depuis deux jours et un médecin, consulté, a fait le diagnostic d'amygdalite banale.

A l'entrée, fausse membrane caractéristique localisée à l'amygdale droite qu'elle recouvre, mais envahissant aussi très légèrement la partie supérieure du pilier antérieur et s'étendant aussi très légèrement au bord postérieur du voile. Signes fonctionnels modérés, légère rancité de la voix; adénopathie peu marquée. T° = 38°.

Le malade reçoit 120 centimètres cubes de sérum le 1^{er} jour.

Le 2^e jour, l'état local s'est peu modifié; apparition de quelques fausses membranes isolées à la base de la lnette.

La température tend à baisser. Culture positive.

Deuxième injection de 120 centimètres cubes de sérum.

Les 3^e et 4^e jours, la fausse membrane diminue, puis disparaît presque complètement; le malade reçoit encore 120 centimètres cubes de sérum en deux jours.

OBSERVATION X

Angine diphtérique à fausses membranes d'aspect atypique.

L..., Jean, 36 ans, entre à l'hôpital le 4 février 1920. Il est malade depuis 3 jours et a reçu chez lui une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

A l'examen du pharynx, on constate la présence d'ilôts membraneux disséminés, peu nombreux, du diamètre d'une lentille environ, siégeant sur la luette, les piliers et le bord postérieur du voile. Nulle part, il n'existe de fausse membrane véritable. Température 37°6.

Frottis et culture positifs.

Le malade reçoit 240 centimètres cubes de sérum en 4 jours.

La température tend rapidement vers la normale; les ilôts membraneux se détergent lentement; le malade est guéri au bout d'une semaine.

OBSERVATION XI

Angine diphtérique atypique.

M. O..., 24 ans, cartonnrière, entre à l'hôpital le 5 février 1920.

Elle est atteinte, depuis deux jours, d'angine avec fièvre.

A l'entrée, on constate la présence d'ilôts nombreux d'aspect pseudo-membraneux disséminés sur les deux amygdales et sur les piliers antérieurs. T° = 37°5; herpès abondant au niveau de la lèvre supérieure. La malade reçoit 60 centimètres cubes de sérum.

Le 2^e jour, l'aspect local n'a pas varié, le frottis est négatif; le diagnostic est hésitant et la malade ne reçoit pas de sérum. Le 3^e jour, l'exudat pseudo-membraneux conserve l'aspect d'ilôts séparés. Une culture pratiquée la veille est positive, la malade reçoit 120 centimètres cubes de sérum. Guérison en quelques jours.

OBSERVATION XII

Amygdalite diphthérique.

M^{lle} H..., Renée, 19 ans, domestique, entre à l'hôpital le 17 janvier 1920.

Début insidieux par des signes d'amygdalite banale.

A l'entrée, T° = 38°5. A l'examen, on constate l'existence d'une poussée d'amygdalite bilatérale, s'accompagnant d'un œdème diffus de l'isthme du gosier; les amygdales sont recouvertes d'une pellicule membraneuse translucide, nettement localisée. La malade reçoit 40 centimètres cubes de sérum.

Le 2^e jour, la température atteint 39°; les signes fonctionnels et locaux s'accroissent. La culture montre l'existence de quelques bacilles moyens, isolés, non en amas.

Le 3^e jour, la malade reçoit 60 centimètres cubes de sérum, puis 40 les jours suivants. Le 4^e jour, on constate une amélioration considérable qui se continue par la suite.

Les 12^e et 13^e jours, apparition d'accidents sériques fugaces. Guérison.

OBSERVATION XIII

Angine à fausses membranes streptococciques.

G..., Jules, 33 ans, entre à l'hôpital de 25 novembre 1919. Il est atteint d'une angine qui a débuté il y a une dizaine de jours.

A l'entrée, T° = 36°9. Etat général un peu déficient en apparence, mais que le malade considère comme normal.

A l'examen, on constate que la luette est complètement engainée d'un vernis membraneux uniforme de coloration jaune sale, peu épais, mais très adhérent et ne se détachant que très difficilement. Pas trace d'exudat en dehors de la luette. Pas d'angine diffuse; la muqueuse vélo-pharyngée est plutôt pâle. Pas

de réaction ganglionnaire appréciable; pas d'albuminurie; appétit conservé.

Le malade a reçu 400 centimètres cubes de sérum antidiphthérique qui ne paraissent pas avoir amené une régression sensible de l'exudat. La culture est négative au B. de Lôffler; un frottis permet de mettre en évidence d'assez nombreuses chaînettes de cocci volumineux.

Le malade reçoit 40 centimètres cubes de sérum ant-streptococcique pendant 3 jours; on fait en outre, des badigeonnages locaux avec le même sérum. Les fausses membranes persistent pendant une quinzaine de jours, en conservant la même localisation. L'état général reste bon; la température ne dépasse qu'exceptionnellement 37°. Le malade sort, sur sa demande, le 12 décembre, en voie de guérison.

ANGINE DE VINCENT

L'angine ulcéro-membraneuse de Vincent ne revêt pas toujours les caractères classiques qui lui sont attribués. Il s'agit, le plus souvent, d'une lésion unilatérale avec fausse membrane localisée, reposant sur une ulcération. Celle-ci peut siéger en pleine tonsille ou bien occuper le sillon pré ou rétroamygdalien ; elle est plus ou moins profonde et le plus généralement linéaire, verticale, en coup de curette ou en coup d'ongle ; assez fréquemment aussi, la muqueuse présente des phénomènes nécrotiques.

Mais, à côté de cela, combien sont fréquents les aspects atypiques de l'angine fuso-spirillaire.

Dans certains cas, les lésions sont discrètes ; l'amygdale présente des ulcérations fissuraires non pas verticales, mais transversales, peu profondes, recouvertes d'un enduit diphthéroïde translucide. Dans d'autres cas, l'ulcération occupe la majeure partie de la surface de l'amygdale ; elle est plus profonde et recouverte d'un exudat membraneux ou plus souvent d'aspect nécrotique ; c'est l'angine chancriforme. Parfois, les lésions observées sont plus ulcéreuses que membraneuses et l'amygdale peut être le siège d'ulcérations profondes avec perte de la majeure partie de sa substance, elle apparaît comme éclatée, l'ulcération est remplie de pus, il n'y a pas de fausse membrane véritable. Si les lésions sont unilatérales, ce qui n'est pas constant, le diagnostic est souvent difficile avec le chancre ou une gomme.

Il peut s'agir enfin de véritables stomatites envahissant presque toute l'étendue de la muqueuse bucco-pharyngée. On peut observer sur les piliers, la luette, la face interne des joues, le plancher buccal et même la muqueuse linguale, des ulcérations multiples, profondes, irrégulières, parfois au contraire petites et rappelant assez bien l'aspect du chancre mou.

Dans tous les cas d'infection fuso-spirillaire, les réactions ganglionnaires sont assez variables, tantôt très manifestes, tantôt à peine ébauchées malgré l'étendue des lésions. Les signes fonctionnels sont souvent peu intenses, cependant la fétidité est assez caractéristique ; la fièvre est parfois élevée au début, puis l'affection prend une allure torpide. L'évolution est trainante et l'état général finit par s'altérer, mais le plus habituellement il reste en désaccord avec l'importance des délabrements locaux.

L'importance de l'examen bactériologique est capitale, en dehors de lui le diagnostic est souvent difficile, surtout en raison du polymorphisme des formes cliniques. Les spirilles et les bacilles fusiformes ne sont d'ailleurs nullement spécifiques de l'angine de Vincent ; ils peuvent s'observer dans toutes les variétés d'angine, en particulier dans la diphtérie, en plus ou moins grande abondance ; ils jouent, dans ce cas, le rôle de saprophytes banaux. Les examens bactériologiques pratiqués en série ont d'ailleurs montré l'extrême fréquence des bacilles fusiformes et des spirilles dans la cavité buccale et le pharynx, en particulier lorsqu'il existe des lésions dentaires ; mais on les rencontre même dans les bouches saines dans plus de la moitié

des cas au niveau de la sertissure des dents. Il n'en reste pas moins que ces deux microorganismes sont particulièrement abondants et se trouvent en culture pure dans la variété d'angine signalée par Vincent.

OBSERVATION XIV

Amygdalite avec fuso-spirilles.

M^{me} D..., Pauline, 26 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 14 octobre 1919. L'angine a débuté brusquement la veille avec des signes fonctionnels et généraux assez intenses.

A l'entrée, on constate l'existence d'une amygdalite unilatérale gauche. L'amygdale est volumineuse et présente des ulcérations fissuraires au niveau de sillons transversaux qui paraissent être une disposition normale. Ces exulcérations sont recouvertes d'un enduit sanieux. Il existe une adénite cervicale gauche peu volumineuse. T° = 38° ; herpès labial.

L'examen d'un frottis montre la présence de quelques B. fusiformes et de spirilles en abondance.

Traitement par le bleu de méthylène ; la guérison est obtenue en quelques jours.

OBSERVATION XV

Amygdalite ulcéreuse bilatérale fuso-spirillaire.

M^{lle} B..., 18 ans, domestique, entre à l'hôpital le 19 janvier 1920.

Le début de la maladie remonte à une semaine et s'est accompagné de douleur et d'une dysphagie assez marquée. La malade

a eu des frissons. Le 5^e jour, un médecin, consulté, a injecté 40 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

A l'entrée, la température est de 40°; on constate une amygdalite bilatérale; les deux amygdales sent le siège d'ulcérations irrégulières, multiples, disséminées, profondes, à bords déchiquetés, recouvertes d'un enduit purulent.

L'examen bactériologique de frottis montre la prédominance de *B. fusiformes* et de spirilles. La malade est traitée par des lavages à l'eau oxygénée d'abord, puis à la liqueur de Labarraque et par des attouchements au bleu de méthylène.

La température descend en lysis et atteint 37° en 3 jours; les ulcérations se détergent rapidement, l'amygdalite se résout plus lentement. La malade sort guérie le 31 janvier.

OBSERVATION XVI

Angine de Vincent d'aspect atypique.

M^{me} M..., 21 ans, journalière, entre à l'hôpital le 19 octobre 1919.

Le début remonte à 5 jours et s'est marqué par de la fièvre avec courbature et des symptômes d'angine banale.

A l'entrée, la température est de 38° et la malade accuse une dysphagie assez prononcée. A l'examen, on constate l'existence d'une ulcération occupant le pôle supérieur de l'amygdale gauche qui apparaît comme irrégulièrement amputée, alors qu'elle n'a été le siège d'aucun traumatisme.

Cette ulcération est recouverte d'un enduit diphtéroïde dans lequel l'examen microscopique révèle la présence de *B. fusiformes* et de spirilles en abondance. Il existe également une adénite verveciale gauche peu marquée.

Malgré le traitement classique, l'évolution est assez lente; la

perte de substance ne se répare que lentement et incomplètement. La malade sort 15 jours après l'entrée.

OBSERVATION XVII

Angine et stomatite ulcéreuses à fuso-spirilles.

L..., Charles, 48 ans, entre à l'hôpital le 2 octobre 1919.

Début insidieux par douleur à la déglutition et salivation abondante. A l'entrée, on constate l'existence d'ulcérations multiples, profondes, déchiquetées, sanieuses, occupant le pharynx et la bouche. Au niveau de l'amygdale droite, ulcération étendue, triangulaire, occupant tout l'emplacement de l'amygdale qui a disparu; au niveau de l'amygdale gauche, ulcération plus irrégulière, moins étendue qui se prolonge en bas par une crevasse verticale profonde qui se perd sur la paroi latérale du pharynx. Sur le plancher de la bouche, ulcération étendue, irrégulière, siégeant sur la moitié gauche du plancher, envahissant la face inférieure de la langue. Cette ulcération à bords déchiquetés et à fond sanieux paraît nettement avoir été provoquée par la 2^e prémolaire inférieure gauche. Il existe encore à la base de la lnette, deux ulcérations arrondies, limitées, mais assez profondes.

La température est de 38°. Adénopathies cervicales bilatérales, petites, nombreuses, mobiles.

Les frottis montrent l'existence de nombreux microbes, mais avec prédominance nette le fuso-spirilles.

Sous l'influence du traitement (lavages, bleu de méthylène), les ulcérations se détergent, puis se cicatrisent rapidement. Guérison en un mois.

ANGINE PHLEGMONEUSE

L'amygdalite phlegmoneuse est rare, mais l'angine phlegmoneuse, par contre, s'observe très fréquemment.

Celle-ci s'individualise assez nettement parmi les angines aiguës. L'intensité des signes généraux et fonctionnels, en particulier l'intensité de la dysphagie et le nasonnement mettent sur la voie du diagnostic ; l'examen du pharynx, souvent rendu difficile par le trismus, lève tous les doutes.

L'asymétrie de l'isthme est caractéristique, la saillie du pilier antérieur est énorme, parfois l'amygdale elle-même est soulevée, obstruant l'isthme et la tuméfaction peut envahir le voile. La muqueuse est rouge, lisse, tendue et ne présente aucun exudat. L'évolution se fait le plus souvent vers la guérison par ouverture spontanée de l'abcès. En cas de collection nettement décelable, on incise au lieu d'élection.

Cet aspect classique de l'angine phlegmoneuse n'est pas le seul rencontré dans la pratique. On observe parfois un œdème diffus de l'isthme du gossier, sans tuméfaction localisée ; les piliers antérieurs et postérieurs tendent à se rapprocher, les amygdales soulevées et augmentées de volume, la luette œdémateuse, tendent à s'adosser sur la ligne médiane. Dans ce cas, la dyspnée et la dysphagie sont considérables ; il n'existe nulle part de collection purulente et les incisions ne donnent pas de pus. Dans un certain nombre de cas, enfin, et ce n'est pas là un fait exceptionnel, l'angine phlegmoneuse

s'accompagne d'un exudat. Celui-ci n'est parfois qu'une couche de pus concrété, mais il peut s'agir de fausses membranes véritables qui sont alors généralement diphtériques. L'association de la diphtérie et de l'angine phlegmoneuse n'est pas classique et elle peut se présenter sous différentes modalités :

1° Il peut s'agir d'une diphtérie à début pseudo-phlegmoneux : un malade se présente avec une angine phlegmoneuse d'apparence typique, sans aucun exudat ; on le traite comme tel, et dans les jours qui suivent on a la surprise de constater l'apparition d'une fausse membrane. Le phlegmon se résout sans suppuration et l'angine diphtérique évolue normalement.

2° La fausse membrane et le phlegmon peuvent apparaître simultanément, l'une masquant l'autre ou plus souvent la fausse membrane passant inaperçue, soit parce qu'elle est translucide, soit parce que l'œdème phlegmoneux est considérable et que le trismus rend l'examen impossible.

Dans ce cas comme dans le précédent, il s'agit d'angines diphtéro-phlegmoneuses, le B. de Löffler paraît être l'agent pathogène du phlegmon comme de la fausse membrane et généralement il s'agit de diphtéries graves, hypertoxiques.

3° Plus rarement, on a affaire à une angine phlegmoneuse banale, sur laquelle la diphtérie se greffe secondairement. La fausse membrane peut débiter, en particulier, au niveau de la plaie opératoire.

OBSERVATION XVIII

*Angine phlegmoneuse diffuse avec glossite et infiltration
œdémateuse du plancher de la bouche.*

G..., Marcel, 17 ans, manoeuvre, entre à l'hôpital le 18 février 1920.

Le début de sa maladie remonte à 15 jours et a eu lieu par des signes d'angine banale. Au bout de quelques jours, une amélioration s'est manifestée, puis la langue a augmenté de volume. Le malade est entré à Lariboisière dans le service de M. le Professeur Sébilleau qui a pratiqué 4 ponctions de la langue sans obtenir de pus. Après quelques jours, la langue désenfle peu à peu.

A l'entrée, $T^o = 37^{\circ}8$; dysphagie et dyspnée considérables, grosse adénite sous-maxillaire droite avec périadénite, trismus.

Infiltration œdémateuse diffuse du pharynx, mais pas de collection suppurée décelable; présence d'un exudat discret d'apparence diphtéroïde sur les deux piliers antérieurs.

Le frottis et la culture sont négatifs au point de vue de la recherche du B. de Löffler.

Le 3^e jour après l'entrée, le malade crache un peu de sang et de pus. Diminution sensible des signes fonctionnels; $T^o = 37^{\circ}4$.

Le 4^e jour, l'amélioration est considérable. L'œdème du pharynx disparaît, en quelques jours le malade guérit.

OBSERVATION XIX

Angine phlegmoneuse avec exudat diphtéroïde.

M^{lle} B..., 32 ans. Début de la maladie, le 5 février 1920, par des signes d'angine banale. Le 7, les signes fonctionnels s'accroissent; la température s'élève à $38^{\circ}5$; un médecin, appelé, pose le diagnostic d'abcès, mais conseille aussi une injection de sérum

antidiphthérique. La malade entre à l'hôpital, le 8 au soir. Le 9, on constate la présence d'un abcès qui soulève le pilier antérieur droit et la naissance du voile, l'amygdale est soulevée et déjetée vers la ligne médiane. Voix de canard. $T^{\circ} = 39^{\circ}5$. L'abcès est recouvert d'un enduit grisâtre d'apparence diphtéroïde, très peu épais. La culture est négative. L'abcès est incisé.

Le 10, $T^{\circ} = 38^{\circ}$, amélioration des signes fonctionnels, l'exudat a disparu. Les jours suivants, l'amélioration se poursuit. Guérison.

OBSERVATION XX

Angine diphthérique à début pseudo-phlegmoneux.

M^{lle} G..., Georgette, 16 ans 1/2, entre à l'hôpital le 28 février 1920. Elle est malade depuis deux jours. $T^{\circ} = 38^{\circ}5$; aspect nettement phlegmoneux du côté droit avec exudat confluent recouvrant l'amygdale du même côté, aspect opalin de la muqueuse à la partie supérieure du pilier antérieur sans fausse membrane nette. Frottis douteux; la malade reçoit 60 centimètres cubes de sérum. Le lendemain, on constate l'existence d'une fausse membrane étendue, déjà épaisse, recouvrant l'amygdale droite, le pilier antérieur et engainant complètement la luette; la muqueuse de l'isthme est le siège d'un œdème diffus. On injecte 180 centimètres cubes de sérum.

Le 3^e jour, la fausse membrane ne s'étend plus, la température tend vers 37° . Injection de 120 centimètres cubes de sérum.

Le 4^e jour, température normale, régression rapide de la fausse membrane; 60 centimètres cubes de sérum.

Les jours suivants, la fausse membrane disparaît rapidement.

OBSERVATION XXI

Angine diphtérique à début pseudo-phlegmoneux.

M^{lle} A..., Emilienne, 22 ans, entre à l'hôpital le 17 septembre 1919, pour angine. Elle est malade depuis 24 heures, sa sœur, âgée de 14 ans, est soignée à l'hôpital Bretonneau depuis 3 jours pour diphtérie. A l'entrée, voix de canard, gêne considérable de la déglutition; T° = 40°; angine d'aspect phlegmoneux diffus, avec saillie assez considérable du pilier antérieur gauche; il n'y a pas trace de fausse membrane. Incision, le surlendemain, au lieu d'élection; pas de pus.

Le jour suivant, apparition d'une fausse membrane au voisinage de la plaie opératoire, fausse membrane qui va s'étendre progressivement, envahissant l'amygdale gauche, la luette et gagnant jusqu'à la naissance du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure. Frottis et culture positifs.

Le traitement sérothérapique est institué immédiatement. La température descend en lysis. Guérison en une semaine.

OBSERVATION XXII

Angine diphtéro-phlegmoneuse.

M. C..., 30 ans, employé de métro, entre à l'hôpital le 15 juillet 1919. Le début de la maladie remonte à une semaine environ; température élevée; état général assez profondément touché; teint terreux; signes fonctionnels marqués: dyspnée et dysphagie considérables.

A l'examen, on constate une infiltration œdémateuse de l'isthme avec aspect phlegmoneux bilatéral. Les deux piliers antérieurs sont soulevés, tendant à venir au contact et masquant presque complètement les amygdales et la paroi postérieure du

pharynx. La muqueuse est recouverte de fausses membranes qui prennent l'apparence de coulées verticales. Incision bilatérale qui donne de chaque côté un peu de liquide séro-purulent. Le malade reçoit 160 centimètres cubes de sérum. Les jours suivants, la température descend progressivement en lysis; l'aspect phlegmoneux disparaît peu à peu; les fausses membranes conservent une tendance à l'extension. Le malade reçoit 100 centimètres cubes de sérum par jour.

Bientôt, les fausses membranes se limitent, puis commencent à se ramollir et à se déterger; l'œdème de l'isthme a disparu, on aperçoit la paroi postérieure du pharynx qui est complètement envahie.

Au bout de 15 jours, les fausses membranes sont à peu près complètement disparues. L'état général reste très touché : pâleur, tendance aux syncopes, arythmie, albuminurie. La convalescence est retardée par l'apparition d'une paralysie vélo-palatine tenace. Le malade sort au bout de deux mois.

ANGINE HERPÉTIQUE

L'angine herpétique nous paraît peu fréquente, contrairement à l'opinion classique. La coexistence d'herpès labial ou péribuccal avec une amygdalite banale, avec une angine phlegmoneuse, voire même avec une angine diphtérique n'est pas rare. Mais l'angine herpétique classique avec son début bruyant, l'intensité de ses signes fonctionnels et généraux, ses deux phases : l'une d'angine rouge vésiculeuse, l'autre d'angine à fausses membranes polycycliques, nous paraît être une rareté.

La phase vésiculeuse, d'après les auteurs, est transitoire et peut passer inaperçue, d'autant que l'éruption pharyngée serait souvent discrète, mais nous avons rarement observé les fausses membranes polycycliques qu'on donne comme caractéristiques de l'affection. L'herpès pharyngé est rarement confluent, au point de donner une fausse membrane.

L'évolution de l'angine herpétique, surtout lorsque l'affection s'accompagne d'une poussée d'herpès généralisée, est souvent traînante.

OBSERVATION XXIII

Angine herpétique avec poussée d'herpès généralisée.

C. M..., 31 ans, contrôleur des tramways, entre à l'hôpital le 19 février 1920. Il a eu, il y a 15 jours, une poussée d'herpès périanal qui n'est pas encore guéri.

La veille, l'angine a débuté brusquement par une dysphagie violente et une fièvre élevée. A l'entrée, la température est de 39°5; on constate une éruption vésiculeuse généralisée du pharynx, les vésicules sont nettes, nombreuses, mais nullement confluentes; elles sont réparties sur les amygdales, les piliers, la luette, le voile et la voute palatine et dans toute la cavité buccale (face inférieure de la langue, plancher, face interne des joues et des lèvres). Au niveau de la marge de l'an us, il existe un placard de vésicules herpétiques confluentes qui sont en voie de suppuration.

Les jours suivants, les vésicules du pharynx et de la cavité buccale se flétrissent et la pellicule qui les recouvre devient blanchâtre ; mais l'aspect du pharynx est pultacé et non membraneux, sauf peut-être au niveau des amygdales où l'exudat est plus confluent. La température descend en lysis, les signes fonctionnels s'amendent; mais la région anale reste le siège d'une cuisson très vive.

De nouvelles vésicules apparaissent dans les sillons génito-cruraux et dans le creux de l'aisselle droite qui prolongent l'évolution de la maladie, mais ne s'accompagnent pas de recrudescence de la courbe thermique.

Le malade sort guéri le 7 mars.

CONCLUSIONS

I. — Chez l'adulte, les angines aiguës que l'on observe le plus fréquemment sont, en dehors des angines rouges :

- Les Amygdalites pultacées ;
- Les Angines à fausses membranes ;
- L'Angine de Vincent ;
- Les Angines phlegmoneuses.

II. — L'amygdalite pultacée est caractérisée par son exudat dont les réactions physico-chimiques sont connues et s'opposent à celles de la fausse membrane, par la localisation rigoureuse de celui-ci à la loge amygdalienne, par l'intensité des signes fonctionnels et généraux qui sont habituellement marqués.

L'amygdalite pultacée confluyente est caractérisée par l'aspect sablé, de crépit de l'exudat, la bilatéralité et la symétrie souvent rigoureuses des lésions.

III. — L'angine à fausses membranes s'oppose rigoureusement à l'amygdalite pultacée par tous ses caractères : aspect pseudo-membraneux, réactions physico-chimiques de la fausse membrane et surtout extension et reproduction ; il existe une réaction ganglionnaire plus ou moins marquée, les signes fonctionnels et généraux sont au minimum. Elle est le plus souvent löfflerienne.

Dans l'angine diphtérique débutante, l'exudat est souvent unilatéral ou de distribution asymétrique, en oppo-

sition avec ce que l'on observe dans les amygdalites avec exudat confluent.

L'examen bactériologique devra être pratiqué dans tous les cas.

La différenciation des B. diphtériques vrais et des B. pseudo-diphtériques sera faite par la culture en milieu glucosé tournesolé et par la recherche des granulations polaires.

L'angine diphtérique doit être traitée par des doses massives de sérum, doses atteignant 120 et même 180 centimètres cubes par jour. Il y aura intérêt à recourir, dans quelques cas, à l'injection intraveineuse de 40 à 60 centimètres cubes, sans préjudice de l'injection sous-cutanée.

IV. — L'angine de Vincent ne revêt pas toujours l'aspect chancriforme classique. Elle peut être fissuraire ou ulcéreuse diffuse ; cette dernière forme seule est véritablement angineuse.

V. — L'angine phlegmoneuse est beaucoup plus fréquente que l'abcès amygdalien ; ses signes fonctionnels et généraux, l'aspect du pharynx sont caractéristiques.

Elle peut coexister avec la diphtérie et il existe en particulier des angines diphtéro-phlegmoneuses qui paraissent dues au B. de Löffler.

VI. — L'angine herpétique classique est assez rarement observée, alors que la coexistence de l'herpès avec les autres angines aiguës est fréquente.

VU : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
M. LETULLE.

VU : LE DOYEN :
ROGER.

VU : LE RECTEUR :
APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ATHANASSIU. — *L'angine de Vincent chez l'enfant*. Thèse de Paris 1900.
- AVIRAGNET ET GILLARD. — *Phlegmon de l'amygdale et diphtérie*. L'hôpital 1919, N° 2.
- BLUHDORN. — *La spécificité des microbes de l'angine de Vincent*. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 22 juin 1911.
- BOURGET. — *Trois années d'observation de la diphtérie*. Revue Médicale de la Suisse Romande, 20 juin 1910.
- CAHUZAC. — *L'angine fuso-spirillaire*. Thèse Lyon 1901.
- CAPITAN. — *Contribution à l'étude bactériologique et clinique des angines*. Académie de Médecine, 30 mai 1916.
- CHAUCHARD. — *L'angine fuso-spillaire*. Thèse Bordeaux 1900.
- COLLET. — *Maladies du pharynx*, in Précis de Pathologie interne. T. I.
- COLLEY ET EGIS. — *Les épidémies de diphtérie à l'hôpital de Morosoff de Moscou de 1903 à 1909*. Jahrb. f. Kinderheilkunde, mars 1911.
- COMBY. — *Les doses de sérum dans la diphtérie*. Presse Médicale 1918, N° 5.
- COSTA, TROISIER ET DAUVERGNE. — *Le diagnostic bactériologique de la diphtérie*. Presse Médicale 1919, N° 13.
- LETULLE ET DEBRÉ. — *Le diagnostic rapide du bacille diphtérique*. Presse Médicale, 11 septembre 1919.
- DEBRÉ, LETULLE ET SERGENT. — *Valeur des granulations de Babès pour le diagnostic de la diphtérie et la recherche des porteurs de germes*. Société de biologie, 31 mai 1919.

DOPTER, RATHERY ET RIBIERRE. — *Art. Diphtérie in Path, int.*
(Bibl. Gilbert et Fournier).

DOPTER. — *L'angine de Vincent*. Gazette des Hôpitaux, 1902.

ENRIQUEZ. — *Angines in traité de Médecine*. Enriquez, Bergé,
Laffitte, Lamy. Tome I.

VAN ERGMEUGHEN. — *Nouvelles recherches sur les bacilles diphté-
riques vrais et les pseudo-diphtériques*. Académie royale de
Médecine de Belgique, 31 mai 1913.

FAVRE ET DREYFOUSS. — *Stomatites et angines fusospirillaires*.
Presse Médicale, 1916, N° 61.

FREYCHE. — *Etude sur l'angine diphtérique et ulcéreuse à bacil-
les fusiformes de Vincent*. Thèse Toulouse 1899.

GOUGET. — *L'amygdale considérée comme organe d'élimination*.
Presse Médicale, 7 mars 1914.

LE BLAYE. — *Le diagnostic et le traitement de l'angine de Vin-
cent*. Progrès Médical, 1911.

LEGRAND. — *Angines diphtéro-phlegmoneuses*. Archives de Méde-
cine et de Pharmacie militaires. Octobre 1906.

LEROY. — *Association de l'infection diphtérique et des fusospi-
rilles dans certaines angines blanches*. Réunion médico-chi-
rurgicale de la III^e Armée, 1916.

LE SOUDIER. — *Les formes larvées de l'angine diphtérique*. Thèse
Paris 1919.

LETULLE. — *Angine de Vincent*. Presse Médicale, 29 décembre
1900, et Société Médicale des Hôpitaux, 14 décembre 1900.

MARTIN ET LOISEAU. — *Les pseudo-diphtériques*. Académie de
Médecine, 21 janvier 1919, et Revue d'Hygiène et de Police
sanitaires, février 1919.

MONTIGNY. — *L'angine ulcéreuse chancriforme de Vincent*. Thèse
Paris 1903.

PASSOT. — *Diagnostic et traitement du phlegmon périamygda-
lien*. L'Hôpital, février 1920.

- ROQUE. — *Maladies du Pharynx*, in nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique, par Brouardel et Gilbert.
- RUault. — *Maladies de la bouche et du pharynx*, in Traité de Médecine, Charcot, Bouchard et Brissaud.
- SEBENQ. — *L'angine de Vincent*, Thèse Paris 1919.
- SEMPLE, PRICE JONES ET DIGBY. — *Enquête sur la gingivite et l'angine de Vincent dans l'Armée*. Journal of the royal army médical corps, sept. 1919.
- THÉVENOT. — *Traitements locaux par le sérum antidiphtérique*, 5 juin 1910.
- VERDOUX. — *L'angine diphtérique maligne*. Thèse Paris 1912.
- WATSON WILLIAMS. — *Les infections lentes dues au bacille diphtérique*. Journal of laryngology, rhinology and otology, janv 1910
- AVIRAGNET ET R. LUTEMBACHER. — *Troubles et complications gnostic bactériologique de la diphtérie*. Journal médical français, janvier 1920.
- AVIRAGNET ET R. LUTEMBACHER. — *Troubles et complications cardiaques dans la diphtérie*. Journal médical français, janvier 1920.
- LOUIS MARTIN ET HENRI DARRÉ. — *Traitement de la diphtérie par le sérum antidiphtérique*. Journal médical français, janvier 1920.
-

IMP. DU "PROGRÈS DU NORD"
LILLE - 27, RUE DE BÉTHUNE, 27 - LILLE

